送信日	年	月	日

診　療　申　込　書（事前FAX送信票）

ー送信先ー	医療機関名
FAX 088-837-6701 高知医療センター 地域医療連携室 〒781-8555　高知県高知市池2125-1 電話　088-837-6700	所在地 電話番号 FAX番号 医師氏名 送信部署（　　） 送信者（　　）

診療依頼情報	希望受診科	科	診療希望日	第1希望　年　月　日（午前・午後）	
		医師		第2希望　年　月　日（午前・午後）	
	紹介目的	□ 診察　□ 検査　□ 治療 □ 入院　□ その他（　　）	来院・状態	◇来院方法 □ 自家用車・公共交通機関等 □ 寝台車 □ 救急車 □ その他（　　）	
	病状・病名確認	※紹介状持参の場合は、病状等を簡単にご記入下さい		◇患者補助、準備の要・不要 □ 車いす　□手話通訳 □ その他の補助（　　） □ 点滴　□酸素 □ 輸液ポンプ　□バルンカテーテル □ 輸注ポンプ	

＜診療情報提供書について＞　□ 当日、患者さんが持って行きます
□ FAXで送ります（正本は後で郵送します）

○ 患者さんの受診時の待ち時間短縮のため、下記の基本情報の提供をお願いします。

ー患者基本情報ー				
ふりがな		性別	高知医療センターID番号（受診歴のある方）	
患者氏名		男・女		
生年月日	年　月　日生（　歳）			
現住所	〒　ー 都道府県　市郡　町村　丁目　番　号 （マンション・アパート名等　号室）			
電話番号	呼出（　様方）　自宅（　）ー　ー　又は 携帯（　）ー　ー			
該当項目にチェック　主保険	□国民保険　□社会保険　□後期高齢者　□生保　□労災　□交通事故　□その他（　）			
公費	□指定難病あり　□小児慢性あり　□その他公費あり（　）			

● 休日（土日祝）・時間外（17:00～翌8:30まで）で**至急の場合**については下記までお願いします

FAX 088－837－6798
TEL 088－837－6799　〕救命救急センター外来

～患者さんの個人情報が含まれていますので、くれぐれもFAX番号をお間違えのないようお願いします～